

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 28

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES DE L'OVAIRE

—||o||—

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Mai 1919

PAR

Georges HENRY

Né à Roanne (Loire), le 23 septembre 1886

MÉDECIN AIDE-MAJOR DE 1^{re} CLASSE

DECORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ MASSABUAU, professeur, *Président*.
VALLOIS, professeur, {
GRYNFELT, agrégé, { *Assesseurs*
P. DELMAS, agrégé. }



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdauson

1919

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES DE L'OVAIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 28

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES DE L'OVAIRE

—||o||—

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Mai 1919

PAR

Georges HENRY

Né à Roanne (Loire), le 23 septembre 1891

MÉDECIN AIDE-MAJOR DE 1^{re} CLASSE

DECORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ MASSABUAU, professeur, *Président*.
VALLOIS, professeur, {
GRYNFELTT, agrégé, { *Assesseurs*
P. DELMAS, agrégé }



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdauçon

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✱).	DOYEN.
SARDA.....	ASSESSUR.
IZARD.....	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O ✱).
Clinique médicale.....	CARRIEU (✱).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT (✱).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O ✱).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O ✱).
Physiologie.....	HEDON (✱).
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP (✱).
Anatomie.....	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (✱).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✱).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale.....	RAUZIER (✱).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRET (✱).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✱).
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N. . .

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✱).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O ✱) a.l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN ✱, a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS. (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (✱) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELT (✱).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	RUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (✱ ✱).	J. DELMAS (✱).	PECH (ch. d'agrég.).
RICHE.	RIMBAUD.	

Examinateurs de la thèse

MM. MASSABUAU, professeur, <i>président.</i>	MM. GRYNFELT, agrégé.
VALLOIS, professeur.	P. DELMAS, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

G. HENRY.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BILLARD

PROFESSEUR DE PHYSIOLOGIE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND

A M LE PROFESSEUR DIONIS DU SÉJOUR

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND

G. HENRY.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A M. LE MÉDECIN-MAJOR DE 1^{re} CLASSE FOLEY
DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DES TERRITOIRES DU SUD (ALGÉRIE)

G. HENRY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

A MON JURY DE THÈSE

G. HENRY.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES DE L'OVAIRE

INTRODUCTION

Nous n'avons point la prétention, dans ce travail inaugural, de refaire d'une manière complète l'histoire des fibromes de l'ovaire, déjà si bien mise au point dans de très nombreux travaux publiés dans les années qui ont précédé la guerre.

Nous avons voulu simplement, à propos d'une observation qu'a bien voulu nous confier notre maître, M. le professeur Massabuau, et déjà publiée par lui dans le *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie* de 1913, attirer l'attention sur quelques particularités intéressantes que les grands travaux d'ensemble sur la question ne mettent peut-être pas suffisamment en lumière.

Deux points surtout nous ont paru dignes d'être notés :

1° Il ne s'agit pas d'un fibrome pur de l'ovaire ni d'un fibro-myome, qui sont les deux types anatomiques les plus fréquents, mais d'un fibro-myxome, et on a pu suivre dans la tumeur la transformation progressive et métaplasique du tissu conjonctif en tissu muqueux ;

2° Au point de vue clinique, la tumeur s'accompagnait de métrorragies, fait considéré comme rare par les auteurs.

En nous basant sur cette observation, nous présentons une étude d'ensemble du fibrome de l'ovaire. Nous l'étudions d'abord au point de vue anatomique, ensuite au point de vue clinique, en insistant sur les formes qui s'accompagnent de métrorragies. A ce sujet, nous formulons quelques réflexions sur la pathogénie de ces hémorragies utérines dans les tumeurs de l'ovaire, en particulier dans les fibromes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Un fibrome de l'ovaire à son début n'est pas, comme un fibrome utérin, un noyau isolé dans le parenchyme glandulaire ; c'est plutôt une lésion diffuse à laquelle tout l'organe participe. On rencontre donc, dès la première phase de l'affection, une hypertrophie uniforme, portant inégalement sur divers points. Il semblerait qu'il s'agisse d'une dégénérescence de la glande plus active en certains flots. De là, l'aspect irrégulier de l'ovaire altéré, les bosselures qu'on y remarque, la lobulation très marquée de sa surface et aussi la disposition totale du tissu ovarien.

Le volume des fibromes est variable ; mais en général les fibromes de l'ovaire n'atteignent pas de très grandes dimensions : les plus gros parviennent au volume d'une tête d'adulte ; dans une observation de Spiegelberg la tumeur pesait trente kilogrammes. Les comparaisons qu'on trouve le plus souvent dans les observations à propos du volume sont celles d'une noix, d'un poing, d'une tête d'enfant, d'une tête d'adulte. Vautrin a rapporté récemment un cas dans lequel la circonférence de la tumeur mesurait 95 centimètres.

ASPECT A LA COUPE. Les fibromes de l'ovaire ne sont pas, comme ceux de l'utérus, entourés d'une capsule

conjonctive et, comme nous l'avons déjà dit, ils constituent plutôt une dégénérescence fibreuse totale de l'organe. Exceptionnels sont les cas comme celui de Mundé, publié dans la thèse de Bourgoin, où le fibrome paraissait développé à la surface extérieure de l'ovaire, le reste de l'organe demeurant intact et normal.

La consistance est généralement dure, résistante, parfois élastique, analogue à celle des fibromes utérins. Si les fibromes de l'ovaire se présentent à la coupe le plus souvent pleins, il n'est pourtant pas rare qu'ils soient creusés de petites cavités kystiques plus ou moins nombreuses et remplies, selon les cas, par un liquide clair, transparent ou bien louche et sanguinolent. La formation de ces kystes est attribuée à l'hypertrophie folliculaire, aux kystes normaux plus ou moins agrandis, soit à l'ectasie des espaces lymphatiques, comme l'admettent plusieurs auteurs, en particulier Léopold. Indépendamment de ce processus, il y a un mode d'origine fréquent : c'est la dégénérescence, le ramollissement des parties centrales de la tumeur insuffisamment nourries ; c'est une dégénérescence ischémique à la manière de ramollissement cérébral.

Les petits fibromes ovariens ne présentent jamais d'adhérences tant qu'ils sont très mobiles ; mais, s'ils arrivent à être enclavés ou que leur pédicule subisse une légère torpeur, des phénomènes de pévi-péritonite ne tardent pas à apparaître et, par la suite, des adhérences s'établissent. Les adhérences épiploïques sont plus fréquentes que les adhérences intestinales ; ces dernières sont exceptionnelles.

Quant au *pédicule* des fibromes de l'ovaire, on peut dire qu'en général, il est court, plus ou moins épais. Il est constitué par le ligament propre de l'ovaire hyper-

trophié ; la trompe hypertrophiée également, tantôt indépendante, tantôt appliquée contre le néoplasme.

L'inclusion intra-ligamentaire des fibromes de l'ovaire est exceptionnelle ; on a pu cependant la rencontrer pour certaines tumeurs nées au niveau du hile.

ANATOMIE MICROSCOPIQUE. — Il n'est pas douteux, actuellement, que le fibrome pur de l'ovaire existe réellement. Spencer Wells en avait rapporté six cas qu'il jugeait purement fibromateux. Dans sa thèse, Tchakmakoff en rapporte plusieurs observations contrôlées par des anatomo-pathologistes compétents, tels que Vulpian, Ranvier, Cornil, Paviot. Cornil en a rapporté également quelques exemples à la Société anatomique.

Le fibro-myome est peut-être plus fréquent encore que le fibrome pur. La consistance de la tumeur est alors moins dure, sa coloration plus rougeâtre, et, à l'examen histologique, on constate que les faisceaux des fibres musculaires lisses s'entrecroisent avec les faisceaux de fibres conjonctives. On peut observer, comme dans les fibromes utérins, des proliférations conjonctives jeunes plus importantes autour des vaisseaux sanguins.

Le fibro myxome est plus rare que les deux variétés précédentes. Notre observation princeps en est un exemple typique : on observe tous les stades intermédiaires entre le tissu fibreux plus ou moins épais et le tissu conjonctif œdémateux, dans lequel les fibres sont pour ainsi dire dissociées par de la sérosité et où l'on remarque des plages dans lesquelles les fibres se gonflent, deviennent gélatineuses et finissent par se fondre en une substance fondamentale uniforme, au sein de laquelle des cellules conjonctives prennent le type de cellules muqueuses, avec une forme étoilée et des prolongements filiformes

qui s'anastomosent avec d'autres analogues venus des cellules voisines.

Les fibromes de l'ovaire peuvent subir quelques transformations anatomiques.

Nous avons déjà signalé la transformation kystique.

La transformation calcaire a été observée ; elle est moins fréquente que dans les fibromes utérins ; l'infiltration par les sels de chaux se fait surtout dans les parties centrales de la tumeur, sous forme de placards plus ou moins étendus, qui donnent à la masse une dureté remarquable.

La transformation sarcomateuse n'est pas exceptionnelle : elle se traduit par une augmentation de volume de la tumeur, sa vascularisation plus abondante, sa plus grande mollesse et aussi souvent par l'apparition d'ascite et d'adhérences. Au point de vue histologique, on se trouve en présence de fibro-sarcome, les éléments sarcomateux revêtant en général le type du sarcome fuso-cellulaire.

SYMPTOMATOLOGIE

DÉBUT — Le début des fibromes de l'ovaire est obscur. Pendant une période plus ou moins longue, ils peuvent rester à l'état latent, obéissant en cela à l'irrégularité ordinaire des processus néoplasiques. Le plus souvent, des troubles fonctionnels ne tardent pas à venir attirer l'attention de la malade et la décider à consulter un médecin. L'étude des faits nous montre que cette révélation se manifeste par des phénomènes douloureux et des troubles menstruels. Les douleurs, qui, tout d'abord, ne reconnaîtraient, d'après Ziembicki, d'autre cause que l'irritation de la séreuse péritonéale, se localisent quelquefois dans l'aîne, au pubis ou bien dans la fosse iliaque, comme s'il s'agissait d'une ovarite simple ; mais souvent se sont des douleurs qui s'accompagnent d'irradiations diverses, abdominales, lombaires, tantôt sourdes, tantôt lancinantes et paroxystiques.

Quelquefois, plus rarement, le début est marqué par des ménorragies.

Il est à noter que, toutes les fois que le début se fait par des troubles douloureux et des symptômes hémorragiques, il est délicat de savoir s'ils sont la traduction du fibrome qui se développe ou bien seulement le signe d'un état morbide utérin concomitant.

Le début peut aussi se manifester brusquement par

des phénomènes douloureux et de pelvi-péritonite produits par la torsion brusque du pédicule.

Dans certains cas, c'est une ascite d'emblée assez abondante, qui est le premier signe qui attire l'attention.

Il est enfin des cas où les troubles fonctionnels manquent totalement ; le début est marqué par l'apparition d'une tumeur abdominale, dont parfois la malade s'aperçoit fortuitement ou que la malade découvre à l'occasion d'une exploration faite pour une toute autre raison.

PÉRIODE D'ÉTAT — Nous devons étudier successivement : 1° les symptômes fonctionnels, en insistant sur ceux qui sont particulièrement mis en lumière par notre observation princeps ; 2° les signes physiques.

A. *Symptômes fonctionnels.* — Ce sont eux que nous avons signalés à la période de début, mais aggravés et se présentant avec une plus grande netteté. Deux sont surtout importants : les troubles de la menstruation et les signes de compression.

a) *Troubles de la menstruation.* — Ils sont extrêmement variables, et on peut classer à ce point de vue les observations en trois groupes principaux :

1° *Cas de fibromes de l'ovaire avec règles normales.* — Ces cas ne sont pas exceptionnels. La persistance des règles pendant toute la durée de l'évolution de la tumeur peut exister ; il y a bien mieux : on a pu voir les règles réapparaître chez des malades qui avaient passé la ménopause, comme dans des observations de Terrier (*Progrès Médical*, 1888) ; de Routier (*La Gynécologie*, 1901) ; de

Chavannaz (*Revue de Chirurgie, de Gynécologie et de Pédiatrie*, Bordeaux, 1901).

2° *Cas de fibromes de l'ovaire avec métrorragies.* — C'est dans cette catégorie que doit être rangée l'observation de M. le professeur Massabuau. Les cas publiés n'en sont pas très fréquents. Dans son excellente thèse sur les hémorragies dans les ovaires, Delespine n'a pu trouver que deux cas de fibromes de l'ovaire s'accompagnant d'hémorragies. Dartigues et Puech considèrent les métrorragies comme rares. Sur une quarantaine d'observations que nous avons compulsées, dans huit cas nous avons pu trouver l'indication de métrorragies, ce qui porterait à 20 pour 100 les cas de fibromes ovariens accompagnés d'hémorragies utérines. Tantôt on constate simplement que les règles sont plus fréquentes, plus abondantes, de plus longue durée que d'ordinaire, sans aucun écoulement vaginal dans leur intervalle, tantôt il y a de fortes pertes de sang au moment des règles, tantôt la perte sanguine est presque constante, comme dans les fibromes utérins les plus graves.

3° *Cas de fibromes avec suppression des règles.* — Dans un certain nombre de cas, on constate nettement une suppression menstruelle en rapport avec le développement du néoplasme. On peut voir la suppression des règles coïncider avec l'apparition de la tumeur ou bien apparaître quand la tumeur a acquis un certain volume. Enfin, dans certains cas, comme dans une observation de Routier et une autre de Picqué, on peut voir des métrorragies d'abord, puis la suppression des règles survenir ensuite.

Si on cherche à connaître l'influence de l'âge des gros-

grossesses antérieures, du volume des fibromes ovariens sur le symptôme métrorragique, on arrive aux conclusions suivantes :

1° L'âge ne paraît avoir aucune influence ;

2° Les grossesses antérieures ne sont pas plus fréquemment observées dans les cas compliqués de métrorragies et pas moins souvent signalées dans les cas accompagnés de suppression de règles ;

3° Le volume des tumeurs qui est souvent considérable dans les trois catégories ne semble pas influencer plus spécialement sur la manifestation ; soit du symptôme hémorragie, soit du symptôme suppression menstruelle.

Le point intéressant à étudier est celui de la pathogénie de ces hémorragies dans les fibromes de l'ovaire.

Peut-on admettre que les hémorragies utérines soient dues à une lésion de l'ovaire du côté opposé ? Bien des auteurs tendent à penser que, soit dans les annexites, soit dans les tumeurs utérines comme les fibromyomes, le rôle joué par les ovaires dans la genèse des hémorragies est capital. Presque toujours, dans les fibromyomes utérins, les ovaires présentent les lésions bien connues de dégénérescence micro-kystique. Or celle-ci se traduit anatomiquement, ainsi que l'ont bien montré MM. Forgeue et Massabau, par une augmentation du nombre des atrésies folliculaires, c'est à-dire par l'exagération du nombre de cellules lutéiniques ou cellules interstitielles de l'ovaire, dans lesquelles réside la fonction de sécrétion interne de cet organe. Si on admet que c'est cette sécrétion interne qui est le *primum movens* de l'hémorragie menstruelle physiologique comme tout tend à le prouver aujourd'hui, rien d'étonnant que, quand cette sécrétion interne est accrue du fait de l'augmentation de

son substratum anatomique cellulaire, l'action sur l'utérus soit plus active et l'hémorragie plus importante.

Il est intéressant de signaler que c'est dans le cas où les ovaires présentent les lésions de dégénérescence micro-kystique les plus importantes, comme dans le chorio-épithéliome utérin, que les hémorragies sont le plus abondantes.

Il est possible que cette explication pathogénique soit applicable à certains cas d'hémorragies dans les fibromes de l'ovaire. Elle ne l'est pas dans celui qui a servi de point de départ à notre travail. Dans ce cas, l'ovaire du côté opposé à la tumeur était sain et normal : l'examen histologique pratiqué par M. le professeur Massabuau a montré qu'il ne présentait même pas les lésions si banales de la dégénérescence scléro-micro-kystique.

Peut-on incriminer, dans la genèse des hémorragies, des lésions de la muqueuse utérine ? Ces lésions sont fréquentes. Dans notre cas elles existaient. La muqueuse utérine était atrophiée et présentait à sa surface l'aspect d'une lame brillante avec un piqueté hémorragique.

Histologiquement, l'épithélium de surface a desquamé, les glandes sont atrophiées et dégénérées et on constate dans le chorion de la muqueuse, au milieu d'une infiltration conjonctive, des vaisseaux dilatés, béants, plus nombreux qu'à l'état normal et qui pénètrent dans la musculuse dont ils dissocient les faisceaux. Ils s'agit d'une véritable transformation angiomateuse de la muqueuse utérine.

C'est évidemment là la cause des hémorragies dans ce cas ; il s'agit de savoir sous quelle influence s'est développée cette transformation angiomateuse de la muqueuse. M. Massabuau l'explique de la manière suivante, par des considérations purement mécaniques : la tumeur enclavée

dans le pelvis comprime les vaisseaux de la région ; la circulation de retour de l'utérus est gênée, d'où congestion passive, dilatations vasculaires et hémorragies.

Cette pathogénie est la plus vraisemblable dans le cas qui nous occupe, mais on ne peut l'appliquer aux tumeurs ovariennes non enclavées dans le pelvis, librement pédiculisées dans l'abdomen et qui n'exercent aucune compression vasculaire. Ici, il faut bien faire intervenir une autre explication pathogénique et faire à notre avis une place prépondérante au rôle joué par l'ovaire opposé, presque toujours plus ou moins altéré dans ce cas.

b) *Symptômes de compression.* — Ces troubles sont le plus souvent l'expression d'un état avancé de la tumeur, ou d'un accroissement très considérable, ou bien encore d'une tumeur pas très volumineuse, mais enclavée dans le pelvis, incluse ou non dans le ligament large.

La compression peut s'exercer sur les nerfs ou sur les organes du voisinage de la tumeur. La compression des nerfs se traduit par les douleurs. La compression des plexus pelviens crée de véritables névralgies. Rien n'est d'ailleurs plus variable que les manifestations algésiques dans les fibromes de l'ovaire, comme intensité, durée ou date d'apparition.

Il y a des fibromes de l'ovaire qui ne s'accompagnent pas de douleurs. Dans d'autres cas, les douleurs constituent presque la seule expression symptomatologique et durent pendant toute l'évolution du fibrome. D'autres fois, la tumeur ovarienne s'est manifestée déjà par d'autres symptômes, tels que l'augmentation du volume du ventre. Les troubles menstruels et les douleurs ne sont survenues que bien plus tard, souvent quelques mois seulement avant l'opération.

Enfin, il est des cas où le début du fibrome ovarien marqué par des douleurs est suivi d'une évolution indolore ou à peu près.

Ces douleurs ont leur siège principal dans l'hypogastre, dans les fosses iliaques avec irradiation le long des trajets nerveux (sciatique et crural).

Quelquefois les douleurs gardent leur caractère primitif de généralisation à tout le ventre. Tantôt elles consistent en une simple gêne, elles sont vagues, sourdes ; tantôt elles sont vives, violentes, atroces, affectant franchement le caractère névralgique et, par leur intensité, rendent la marche pénible, troublant le sommeil.

Les compressions viscérales sont plutôt rares, car les fibromes de l'ovaire sont rarement enclavés. La compression de l'intestin détermine de la constipation opiniâtre ; la compression de la vessie, moins rare peut-être, détermine de la dysurie.

B. Signes physiques. — L'inspection renseigne sur l'augmentation de volume du ventre. Deux cas peuvent se présenter : ou bien le ventre contient une grande quantité de liquide et on se trouve en présence du ventre étalé, de l'ascite ; ou bien il n'y a pas d'épanchement et la tumeur détermine une déformation localisée, une tuméfaction anormale, plus prononcée d'un côté que sur la ligne médiane.

La palpation permet d'apprécier l'importance de l'ascite, le siège, le volume, la consistance, la mobilité de la tumeur.

L'ascite est-elle fréquente dans les fibromes de l'ovaire ?

Dans le traité de Pozzi, on trouve indiqué : « C'est l'ascite qui généralement attire l'attention ; lorsque ce symptôme manque, la tumeur peut rester inaperçue ou

n'être découverte que par hasard. Lallemand soutient, dans sa thèse, que l'ascite est constante dans les fibromes de l'ovaire. Au contraire, pour d'autres auteurs, en particulier pour Coril et pour Picqué, l'absence d'ascite est un symptôme des fibromes ovariens et sa présence un indice de dégénérescence sarcomateuse.

Si on groupe les statistiques données par Dartigues, Puech, Mériel, Tchakmakoff, on peut en déduire que l'ascite existe dans 40 pour 100 des cas de fibromes de l'ovaire. L'ascite constitue donc un symptôme important du fibrome de l'ovaire. Quelle est sa pathogénie ?

Plusieurs théories ont été émises pour expliquer le développement de l'ascite dans les tumeurs de l'ovaire.

Quénu explique sa production par l'existence de végétations à la surface de la tumeur, par la sécrétion colloïde de ces végétations, qui entretiennent une osmose continue. Cette théorie, excellente pour les tumeurs papillaires, ne peut s'appliquer aux fibromes.

D'après la théorie de la compression, l'ascite serait due à un obstacle apporté à la circulation veineuse, amenant une congestion chronique du péritoine, d'où transsudation séreuse. Cette théorie, qui peut s'appliquer aux tumeurs volumineuses, est manifestement insuffisante pour expliquer l'ascite dans les fibromes de petit volume.

La dernière théorie est celle de l'irritation mécanique de la séreuse péritonéale, invoquée pour la première fois par Ziembicki, dans sa thèse. D'après cette théorie, toutes les fois que la tumeur est petite, bosselée, mobile, capable d'irriter la séreuse par des mouvements continus, il y a ascite.

La palpation permet encore de préciser le siège du fibrome, de voir s'il est pelvien ou abdominal, sa forme et l'aspect de sa surface lisse ou bosselée, son volume, sa

consistance. Avec les deux mains, on étudie la mobilité de la tumeur ; il est souvent aisé de la produire dans les deux sens, mais elle est presque toujours plus accusée dans le sens transversal.

Le toucher bimanuel est le mode d'examen qui donne le plus de renseignements, par conséquent celui qui contribue le plus à l'établissement du diagnostic. Il nous renseigne sur la situation et la mobilité de l'utérus, sur les rapports de l'utérus et de la tumeur.

Lorsque le fibrome a atteint des dimensions qui ne lui donnent plus droit de siège dans la cavité pelvienne et qu'il occupe la cavité abdominale, il est possible que le doigt ne rencontre rien d'anormal au fond du vagin. Mais, si cette production morbide, volumineuse, en voie de prolongement dans la cavité pelvienne, ou bien, ce qui est plus fréquent, si la petite tumeur fibreuse n'a pas encore quitté le petit bassin, par le toucher on constate alors la présence de la masse solide et on apprécie ses caractères.

La mobilité de l'utérus peut aussi s'apprécier au toucher ; dans beaucoup de cas, on parvient à déplacer latéralement la portion vaginale et abdominale de l'organe. Cependant, pour étudier le rapport de l'utérus et de la tumeur, le doigt ne suffit pas et il faut avoir recours au palper et au toucher combinés.

Par ce procédé, on arrive souvent à constater nettement l'indépendance de la matrice et de la tumeur, ce qui est d'une grande valeur pour le diagnostic. Si, par le toucher, on cherche à faire remonter la tumeur dans le ventre, il peut arriver, soit que le col reste immobile, soit que le mouvement lui soit transmis. Dans le premier cas, l'indépendance de la tumeur et de l'utérus est manifeste ;

dans le second, elle peut exister, malgré l'apparence contraire.

Dans quelques cas, le doigt constate un sillon de démarcation entre la tumeur ovarienne et le corps de l'utérus. Mais se baser exclusivement sur ce signe, qui est évidemment important pour le diagnostic, n'est pas suffisant, d'autant plus que ce sillon est perçu aussi dans les cas de fibromes latéraux de l'utérus.

Il ne faut pas négliger de compléter le toucher vaginal par le toucher rectal, qui peut aider utilement à l'exploration bimanuelle.

L'hystérométrie est un excellent moyen de diagnostic ; les fibromes utérins s'accompagnent, en effet, d'allongement de la cavité utérine. Si donc on trouve une cavité utérine presque normale, alors qu'on a sous la main une tumeur volumineuse, plutôt latérale, et paraissant être à la palpation et au toucher un peu mobile et indépendante de la matrice, il y a des raisons suffisantes de croire que l'utérus ne fait pas partie de cette tumeur et a gardé son autonomie.

Il faut se rappeler dans l'appréciation de la longueur de la cavité utérine qu'une élongation de deux ou trois centimètres peut être produite par l'ascension et la traction de la tumeur ovarienne.

COMPLICATIONS

Le fibrome de l'ovaire est, en général, rangé dans les tumeurs essentiellement bénignes. Cependant, il y a quelques ombres au tableau rassurant qu'on trace habituellement et l'évolution de la tumeur peut être accompagnée de complications plus ou moins graves.

La rétention d'urine par compression du col de la vessie précédée de troubles dysuriques plus ou moins accentués a été signalée. L'occlusion intestinale a pu être observée, résultant soit de l'obstruction mécanique par le poids de la tumeur, soit de l'étranglement par une bride ou par une adhérence, résultat de la péritonite périnéoplasique.

La *torsion du pédicule* est assez fréquente. Sur quarante-sept cas de torsion de pédicule de tumeurs solides de l'ovaire, réunis par Guibé, vingt-deux fois il s'agissait de fibromes. Ce sont les fibromes lourds, bien pédiculisés, accompagnés d'ascite fluide, qui se tordent le plus facilement. La torsion s'annonce par des phénomènes rapidement inquiétants de pelvi-péritonite, donnant lieu par la suite à des adhérences viscérales, qui, outre qu'elles rendent plus tard l'opération plus laborieuse ou plus dangereuse, peuvent occasionner des accidents graves, tels que l'occlusion intestinale.

On a constaté la *transformation calcaire* du fibrome de l'ovaire.

La dégénérescence sarcomateuse a été étudiée dans la thèse de Bourgoin en 1894. Dartigues, dans son travail substantiel, en cite quelques beaux exemples. La tumeur, qui paraissait très torpide jusque-là, peut présenter tout à coup des caractères qui indiquent la malignité du néoplasme et qui mettent la vie en danger. Comme cette dégénérescence sarcomateuse et le pronostic qu'elle comporte ne peuvent être prédits d'une façon certaine, même par l'examen le plus consciencieux, on voit quel avantage il y a à opérer de bonne heure. De cette dégénérescence maligne, il faut rapprocher les cas sur lesquels Demons, Bégouin et Codet-Boisse, dans sa thèse, ont attiré l'attention. Des fibromes de l'ovaire peuvent prendre tout à coup des allures de tumeurs cancéreuses : accroissement rapide, ascite, œdème des jambes, épanchement pleurétique, amaigrissement ; tout semble indiquer un néoplasme malin des organes génitaux : il y a là un cortège symptomatique de nature à faire naître les plus grandes appréhensions. C'est ainsi que, dans deux cas dont Demons fut le témoin, les chirurgiens se refusèrent à intervenir et, dans un troisième cas, lui-même n'est intervenu que la main forcée ; cependant ces trois malades ont guéri et tous les troubles ont disparu.

En effet, si le chirurgien ne s'arrête pas devant la gravité de l'état général et s'il opère, il est étonné de trouver une tumeur fibreuse facilement enlevable et de voir après l'opération la cachexie disparaître rapidement.

Ces cas sont difficiles à expliquer puisqu'il ne s'agit pas d'une dégénérescence sarcomateuse ou d'une transformation épithéliomateuse du fibrome. Vautrin pense qu'il s'agit là de phénomènes d'intoxication lente dus à la

résorption des produits de désintégration cellulaire au sein de la masse néoplasique.

Enfin, le fibrome de l'ovaire peut s'enflammer, se thromboser, et cette *fibromite* peut avoir des allures inquiétantes. Un cas, publié par Guelliot, est assez caractéristique de cette complication. Une femme de 49 ans, en ménopause depuis quatre ans, s'aperçoit que son ventre grossit. Trois ou quatre mois après surviennent des accidents aigus : perte d'appétit, langue blanche, constipation, 39° de fièvre ; les urines contiennent 34 gr. d'urée et des traces d'albumine. A l'examen, on trouve une tumeur abdominale dure, arrondie, mobile, dépassant l'ombilic, avec un prolongement dans le cul-de-sac postérieur. Les signes sont ceux d'un fibrome utérin bien que l'hystéromètre ne pénètre qu'à 4 centimètres.

L'ouverture du ventre permet l'extraction d'un fibrome de 3 kilogr. n'ayant aucune connexion avec l'utérus, développé aux dépens de l'ovaire gauche. Ce fibrome adhère tout en haut, au-dessus de l'ombilic, à l'épiploon, dont on résèque un fragment épaissi et enflammé. Répondant à ce point, on voit à la coupe de la tumeur un triangle à base supérieure dont la couleur rouge, avec des points violacés ou noirâtres, tranche nettement sur la teinte blanche du tissu fibreux. Les phénomènes généraux disparaurent aussitôt : ils étaient bien symptomatiques d'une inflammation qui semblait en passe d'aboutir à un sphacèle partiel.

Les complications dont peuvent être responsables les fibromes de l'ovaire justifient la conduite thérapeutique universellement suivie à l'endroit de ces tumeurs : l'ablation du fibrome.

C'est par la laparotomie qu'on aborde la tumeur. L'ovariotomie sera bilatérale toutes les fois que les annexes du

côté opposé à la tumeur seront atteintes d'un néoplasme ou soupçonnées malades.

Si l'utérus est lésé, on fera l'hystérectomie abdominale totale dans le cas d'un gros néoplasme. Il faut, dans la mesure du possible, respecter l'ovaire du côté opposé s'il n'est pas altéré, car on a vu des femmes devenir enceintes et mener une grossesse à terme après l'ablation de la tumeur, comme dans les cas de Routier et de Segond.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Massabuau, *in* Bulletin Société d'obstétrique et de gynécologie, 1912).

N. A..., âgée de 22 ans, entre à l'hôpital le 29 janvier 1912.

Elle a été réglée à 13 ans : les règles étaient régulières, avançant plutôt, durant 3 ou 4 jours, abondantes, indolores ; pas de pertes blanches

Mariée à 18 ans, elle n'a eu ni avortement, ni accouchement ; pendant un an après le mariage, les règles ont persisté avec les mêmes caractères.

Depuis 2 ans, le caractère des règles s'est transformé ; elles sont devenues irrégulières, revenant tous les 15 à 20 jours, très abondantes et de plus en plus prolongées. Actuellement et depuis près d'un an, les hémorragies sont continues ; la malade perd tous les jours avec plus ou moins d'abondance et l'hémorragie présente une recrudescence au moment de la période menstruelle.

La malade ne souffre pas, mais ces hémorragies ont retenti sur son état général ; elle a maigri, elle a perdu 15 kilogr. en 2 ans. Néanmoins, l'appétit est bon et les divers appareils fonctionnent normalement.

A l'examen, on constate que la palpation est un peu douloureuse dans la région annexielle gauche ; on ne perçoit pas de tumeur saillante derrière la paroi abdominale.

Par le toucher, on trouve un col petit, conique, un peu mou à son extrémité, projeté en avant et un peu à droite. Le cul-de sac de Douglas est occupé par une tumeur qui fait une très forte saillie : son volume est à peu près celui d'une tête fœtale ; son contour est régulièrement arrondi, sa consistance est très dure avec quelques sillons de consistance très molle qui rappellent les sutures de la tête fœtale ; mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est la fixité absolue de cette tumeur, enclavée dans le pelvis et qu'il est impossible de mobiliser : l'utérus est déjeté à droite et séparé de la tumeur par un sillon appréciable.

On écarte le diagnostic de fibrome utérin sous-séreux développé dans le ligament large et on fait le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire tout en réservant la possibilité d'un kyste dermoïde en raison de l'enclavement pelvien de la tumeur et de l'inégalité de sa consistance.

Laparotomie le 1^{er} février 1912. — La tumeur solide et dure, qui est un fibrome de l'ovaire, est enclavée dans le Douglas, collée à l'utérus, et il est impossible de l'attirer vers la plaie abdominale. Nous pratiquons la section première du col de l'utérus qui donne un très grand jour et nous permet, en allant de bas en haut, de désenclaver et d'enlever la tumeur.

Suites opératoires aseptiques. — Le 25 février, la malade quittait l'hôpital guérie.

Etude anatomique. — La tumeur, qui a le volume d'une tête fœtale et des bosselures irrégulières à sa sur-

face, présente à la surface de coupe une surface lisse, une coloration blanchâtre et un aspect fibreux. En certains points, cet aspect fibreux blanchâtre fait place à un tissu de coloration jaunâtre, plus tremblotant, et qui ressemble à du tissu œdémateux ou muqueux; c'est surtout dans le quart supéro-externe de la tumeur que cet aspect est le plus net.

Au point de vue histologique, la tumeur est constituée dans la plus grande partie de son étendue par du tissu fibreux renfermant beaucoup de fibres et un nombre relativement peu considérable de cellules; on observe, en de nombreux points, des vaisseaux à parois épaissies, autour desquels la prolifération conjonctive jeune est plus intense.

En d'autres zones de la tumeur, on observe une transformation œdémateuse; l'infiltration séreuse dissocie les fibres conjonctives qui se gonflent; en des points plus avancés, les contours des fibres s'estompent; elles se fondent progressivement pour constituer une substance fondamentale amorphe qui prend mal les colorants; dans cette substance fondamentale, on constate la présence de cellules étoilées présentant des prolongements qui s'imbriquent avec ceux des cellules voisines; le tissu en présence duquel on se trouve est du tissu muqueux, et on a pu saisir tous les stades intermédiaires entre le tissu conjonctif adulte et le tissu muqueux, en passant par la dégénérescence œdémateuse.

OBSERVATION II

(In Tchakmakoff, thèse de Lyon, 1906)

Fibrome pur de l'ovaire droit tordu sur son pédicule. Kyste dermoïde de l'ovaire gauche. Castration double.

Marie Picard, âgée de 45 ans, entrée dans le service de M. le professeur Poncet, le 15 août 1902.

Santé habituelle assez bonne. N'a jamais été bien forte, mais n'a pas eu de grave maladie.

Réglée à 15 ans assez régulièrement et a toujours souffert les deux premiers jours des règles. Quatre accouchements. Les trois premiers normaux ; seul le dernier, qui remonte à 4 ans, a été pénible, douloureux, avec des suites de couches fébriles. Les règles sont revenues un mois après (pas de nourrisage). Au cours de ce dernier accouchement, s'est produit une déchirure périnéale et un prolapsus utérin, et depuis des pertes hémorragiques, et, dans leur intervalle, des pertes blanches très abondantes, parfois de l'hydrorrhée, qui affaiblirent beaucoup la malade.

A plusieurs reprises, des crises de péritonisme, avec augmentation du volume du ventre, douleurs, vomissements, constipation, en dehors desquelles les fonctions digestives sont assez normales. Ce sont ces crises qui la décidèrent à se faire admettre à l'hôpital. Elle ne peut pas dire depuis combien de temps elle est porteur d'une tumeur. Actuellement, femme maigre, mais bon état général.

A la palpation, on sent une volumineuse tumeur occupant la fosse iliaque droite, remontant de ce côté jusqu'à deux travers de doigt des fausses côtes, remplissant le bas-ventre et une partie de la fosse iliaque gauche.

La tumeur est dure et, en avant d'elle, on trouve des anses intestinales, probablement adhérentes, où roulent des gaz.

Au toucher, prolapsus utérin, col à la vulve. On ne peut ni descendre, ni faire remonter l'utérus. Grâce au toucher vaginal, combiné à la palpation, on perçoit nettement deux tumeurs différentes, l'une bien plus grosse, très dure, de volume d'une tête de fœtus à terme, arrondie, siégeant à droite et occupant la fosse iliaque droite

et une partie du bassin de ce côté. Enfin, elle ne semble pas enclavée, car elle a une légère mobilité, mais très probablement adhérente avec les anses intestinales. L'autre tumeur, à gauche, grosse comme le poing; celle-ci est moins dure, même peut être fluctuante.

Au toucher, on constate encore un sillon fort net entre les deux tumeurs et on fait le diagnostic de kyste de l'ovaire à gauche et de fibrome pédiculé de l'utérus à droite, car les adhérences du fibrome le fixant dans la région lombaire droite faisaient écarter l'idée d'un fibrome de l'ovaire, ordinairement plus mobile.

En raison des phénomènes périlonéaux aigus qui faisaient penser à une torsion du pédicule de l'une de ces tumeurs, l'opération fut décidée et pratiquée le 26 août par M. X. Delore.

Opération. — Laparotomie sous-ombilicale. On arrive de suite sur la grosse tumeur; en avant d'elle, est une anse grêle adhérente à la tumeur. On la libère avec précaution; on essaie de luxer la tumeur; mais, pour y arriver, il faut décoller le côlon sigmoïde qui est dans presque toute son étendue adhérent aux faces postérieure et inférieure de la tumeur.

Ceci fait, on s'aperçoit que la tumeur est, non pas d'origine utérine, mais s'implante par un pédicule assez petit sur les annexes droites, et que l'ovaire droit a complètement disparu dans cette tumeur.

Le pédicule est tordu sur lui-même, dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. La deuxième tumeur est développée aux dépens de l'ovaire gauche, non adhérente, nettement kystique : c'est un kyste dermoïde. Castration double et ventrofixation de l'utérus prolabé. Ce dernier était gros, mais non fibromateux. Le ventre est refermé.

29 Août. — Un peu de réaction péritonéale les jours suivants, mais bon état général,

6 Septembre. — On enlève les fils. Pas de suppuration, ni d'hématome. La malade présente constamment un peu de température que rien n'explique. Au toucher, on sent cependant un peu d'induration dans le cul-de-sac droit.

11 Septembre. — La température s'étant élevée encore, la malade est amenée à la salle d'opération. Au toucher, tuméfaction dure, douloureuse, non fluctuante dans la base du ligament large à droite. Aussitôt, M. Delore fait incision du cul de-sac postérieur et tâche d'arriver sur ce point tuméfié. On ne trouve rien, ni hématome, ni abcès.

14 Septembre. — La température est brusquement tombée. Meilleur état général.

21 Septembre. Cette nuit, à minuit, abondante métrorragie; la malade était inondée de sang. Glace sur le ventre, injections vaginales très chaudes. La métrorragie s'arrête; elle recommence à 1 heure 1/2, puis à 6 heures du matin. Tamponnement vaginal. La métrorragie cesse. Le tamponnement est laissé. 80 grammes de sérum gélatiné.

Pouls misérable à 120, pâleur extrême.

22 Septembre. — Pouls un peu plus tenu encore faible, à 116; 500 gr. de sérum artificiel. L'hémorragie ne s'est plus reproduite.

23 septembre. — Anesthésie. Incision du cul-de-sac postérieur permettant de mettre le doigt dans une volumineuse cavité, origine probable de l'hémorragie. Il y a des caillots, mais pas de sang. Cette cavité est creusée dans la base du ligament large droit. On la tamponne après avoir élargi son orifice 500 grammes de sérum.

La malade part guérie le 15 octobre 1902.

Description macroscopique des deux tumeurs :

1° L'une grosse, consistante, dure, apparence réniforme, pesant 2 k. 500 ; c'est le fibrome, qui, sur une coupe fraîche, présente une coloration vicieuse à la périphérie et un centre partiellement sphacélé ;

2° Petite tumeur kystique de l'ovaire, ayant à son intérieur un liquide blanchâtre et gras. Sur sa paroi s'observe l'insertion de mèches de longs poils.

Voici la feuille du laboratoire relative à l'examen histologique, pratiqué par M. Darcot, de la tumeur de l'ovaire droit à pédicule tordu :

1° *Fragment de surface.* — Sur les coupes, on ne rencontre que d'énormes faisceaux conjonctifs festonnés et, dans l'intervalle des lignes, de petites cellules rondes, un peu granuleuses, un peu sombres. On ne rencontre aucune formation kystique, aucun faisceau musculaire lisse et aucun follicule de Graaf. Si le fragment est bien réellement superficiel, on pourrait admettre un fibrome pur, les petites cellules rondes interstitielles pouvant être d'apparition récente ;

2° *Fragment pris vers le centre.* — Même constitution, surtout fibreuse ; mais les faisceaux conjonctifs sont plus dissociés encore ; soit par des cellules rondes, soit par des débris granuleux provenant de celle-ci, soit enfin par une substance granuleuse d'œdème coagulé par les fixations. Il y a aussi quelques hémorragies interstitielles.

Au total, la masse paraît surtout fibreuse, pas myxomateuse, et présente sur les coupes des lignes d'œdème brusque.

La coexistence d'un fibrome et d'un kyste dermoïde plaide en faveur de l'origine congénitale de la tumeur fibromateuse (Delore) et il est intéressant de remarquer

que, malgré cette malformation double des ovaires, le passé de la malade ne décèle aucun trouble de la fonction ovarienne et que la malade possédait des règles normales, même pendant les derniers mois précédant l'opération.

OBSERVATION III

(Morely, *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 4 novembre 1898).

Fibrome de l'ovaire.

Mlle G. Berth, âgée de 22 ans, entre, le 8 juillet 1898, salle Delessert, à l'hôpital Tenon, dans le service de notre maître M. Chaput.

Rien de particulier dans l'histoire de ses antécédents héréditaires. Quant à notre malade, elle n'a jamais eu d'affection grave, ni enfant, ni fausse couche.

Réglée à 15 ans. Au début, règles irrégulières et très abondantes tous les quinze jours ou trois semaines, pas douloureuses. Elles conservent ces caractères jusqu'au mois de mars dernier ; depuis, la malade a des pertes de sang constantes ; pertes assez abondantes en mars et en avril se réduisant à un suintement en mai et juin derniers. En même temps se déclara une douleur dans l'abdomen, sourde et continue, mais ne troublant pas le sommeil, augmentant sous l'influence de la fatigue et par la pression qui déterminait une vive souffrance.

Etat actuel. — Signes physiques : la palpation et la percussion abdominale ne donnent aucun résultat appréciable. Le toucher vaginal fait sentir un col normalement situé, mou comme celui d'un utérus gravide. Le corps de l'utérus est très antéfléchi, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par le palper bimanuel. Dans le cul-de-sac posté-

rieur, le doigt tombe sur une masse très grosse, du volume du poing, irrégulière et surtout proéminente à droite. Douleur à la pression, cette tumeur n'est pas fluctuante. Elle paraît indépendante de l'utérus. Le toucher rectal confirme ces données. La malade est très affaiblie; elle se plaint d'avoir beaucoup maigri depuis quatre mois, date du début de sa maladie. L'appétit est toujours bon : mais la malade a des digestions difficiles depuis deux ans. L'appareil urinaire fonctionne bien ni sucre. Ni albumine.

Opération. Le 11 juillet 1898, laparotomie médiane. Grosse tumeur du volume du poing, lisse et dure, formée par l'ovaire droit : ablation. A gauche, ovaire petit, d'un blanc faïence, paraît présenter la même altération que celui du côté opposé, mais au début ; ablation.

A l'examen macroscopique, la tumeur est formée de tissu œdématié avec géades au centre. L'autre ovaire présente de nombreux petits kystes.

L'examen histologique a été pratiqué. M. Cornil admet, dans le cas présenté aujourd'hui, le fibrome pur. On ne trouve pas à la surface les follicules ovariens qu'on rencontre d'ordinaire. D'un autre côté, on ne note ni fibres élastiques, ni fibres musculaires ; ce n'est donc pas un fibro-myome, mais un fibrome vrai.

OBSERVATION IV

(Picqué, *In* Thèse Bourgoin, 1894)

Fibrome pur de l'ovaire

Léontine David, quarante-deux ans, couturière.

Entrée le 29 juillet 1892, salle Gosselin.

Antécédents héréditaires. — Famille bien portante.

Antécédents personnels. — Métrorragies presque continues depuis trois ans. Caillots au moment des règles, peu de chose dans les intervalles.

Le 8 mai 1892, elle est prise subitement de douleurs et de coliques comme pour accoucher; ces douleurs durent dix jours.

A partir de ce jour, augmentation du volume du ventre.

22 juillet. — Ponction : neuf litres de liquide citrin. On constate à ce moment l'existence de nombreuses tumeurs abdominales. Depuis, la malade se trouve très soulagée; elle n'est pas alitée. Depuis le 8 mai, suppression des règles. On sentait trois tumeurs : une au-dessus de l'aîne gauche, une autre médiane, la troisième droite ; les trois très mobiles. L'ascite se reproduit en quelques jours.

Etat général bon. Selles normales, urine abondante et claire, mictions faciles, pas d'albumine, toucher normal, ventre énorme, œdème des jambes disparaissant au repos.

3 août. — Laparotomie.

Ovariectomie bilatérale : ovaire droit, tumeur du volume d'une tête d'adulte ; ovaire gauche, tumeur bilobée du volume d'une tête d'enfant. Utérus petit et normal, pédicules étroits, ablation facile, ascite considérable ; très peu d'adhérences, mais elles saignent beaucoup.

Examen. — A gauche, kystes multiloculaires non végétants, à parois extrêmement épaisses, aspect du fibro-sarcome kystique.

A droite, la tumeur est solide et du volume du poing, ne présente aucun kyste. L'examen en a été fait au collège de France.

Examen. — Après fixation à l'alcool des morceaux pris au centre de la tumeur, nous avons fait, d'après les

conseils de notre ami Portier, préparateur de physiologie à la Sorbonne, deux préparations à l'hématosyline de Delafield et une au picro-carnum. Ces préparations, dont l'interprétation a été contrôlée par M. Téholan, préparateur de M. Rouvier, donnent la texture du fibrome pur : les noyaux du tissu conjonctif y étaient très rares.

Dans la soirée, la malade se trouva très bien ; température 38°. Le huitième jour, la plaie superficielle est bien remise ; tous les fils sont enlevés, sauf à l'ombilic. Etat général bon, aucune souffrance.

OBSERVATION V

(Szurminski, Thèse Breslau, 1872. *In th.* Lallemand).

Fibrome de l'ovaire.

Femme 26 ans, réglée à 14 ans, régulièrement. On perçoit dans l'abdomen une tumeur plus grosse qu'une tête d'enfant, solide, très mobile, s'étendant dans le bassin par une partie sphérique dont on sent la partie antérieure. L'utérus est élevé à droite de la tumeur, indépendant des mouvements de celle-ci.

Le diagnostic hésite entre : fibrome utérin sous-péritonéal et tumeur de l'ovaire.

La malade revient deux mois après accusant de violentes douleurs de reins. La tumeur a augmenté de volume. L'opération est décidée : ovariectomie.

La malade mourut de péritonite le 14^{me} jour.

La tumeur a été examinée par M. Waldeyer. La consistance de la tumeur est très dure, résistante, si bien qu'on a de la peine à la sectionner. Son poids est de 910 gr. Il n'y a pas de traces d'adhérences.

En un point de la surface se voit une cavité kystique

arrondie de la grosseur d'une pomme ouverte et entourée de plusieurs autres. Leur contenu est un liquide séreux et légèrement sanguinolent. Au microscope, on constate qu'elles sont tapissées à leur surface interne d'un épithélium très gonflé ressemblant à un reste de l'épithélium de l'ovaire. On ne le trouve pas ailleurs.

Dans la tumeur elle-même, les coupes montrent de nombreux faisceaux blancs à structure fibrillaire, quelques cellules conjonctives, très peu de vaisseaux, quelques corpuscules de sang extravasés. Par plis existent des espaces lacunaires comblés de sang. A la limite de ces flots de cellules, les faisceaux conjonctifs s'épaississent en se tassant et en se condensant jusqu'à former une substance conjonctive presque homogène, qui a les caractères microscopiques de la substance osseuse. Les faisceaux envoient de toutes parts de fines divisions dans les espaces avoisinants, qui se résolvent entre les cellules en de fins réseaux et entrent même en rapport avec elles. Par places, ces cellules rappellent les cellules cartilagineuses ; mais elles ne sont pas si richement ramifiées et ont une forme plus allongée.

OBSERVATION VI

(Résumée)

Fibrome très douloureux de l'ovaire. Ovariectomie. Guérison.

(J. Rendu, *Lyon Médical*, 1886, f. 405).

Mme L. C..., 32 ans, religieuse des environs de Lyon, entre à l'infirmerie Saint Jean, le 14 octobre 1881.

Réglée à 16 ans. A partir de 22 ans, elle perdit tous les quinze ou vingt jours, huit ou dix jours chaque fois, abondamment, quelquefois avec des caillots.

Pas de pertes blanches dans les intervalles. Elle vaquait néanmoins à toutes ses occupations, l'état général ne laissant rien à désirer.

Depuis le mois de mars 1884, la menstruation (huit à dix jours) fut plus régulière (toutes les trois semaines); mais il survint une leucorrhée persistante dans tout l'intervalle des époques.

Cette personne fait remonter le début de ses souffrances à la fin de mars 1885, c'est-à-dire à sept mois environ. La douleur très limitée siège tout-à-fait au dessus et un peu à gauche de la symphise pubienne. La malade est obligée de garder le lit. La marche est très pénible : il lui est impossible de se tenir droite. La station assise, surtout un peu renversée en arrière, est extrêmement douloureuse et lui fait souvent prendre mal au cœur, tant la douleur est vive. Couchée, elle souffre moins, mais à la condition que la région sacro coccygienne presse peu sur le lit.

La seule position bonne, c'est d'être couchée, comme l'on dit, à plat ventre sur l'abdomen. Depuis l'apparition de cette douleur, c'est à-dire depuis sept mois, il y a de la constipation, les selles sont douloureuses ainsi que la miction.

L'état général est assez bon, cependant elle tousse et crache depuis longtemps, mais elle n'est pas tuberculeuse.

Examen local. — Sommeil anesthésique au chloroforme. Hymen intact, assez souple, non déchiré par le doigt ni par le petit spéculum de Vergusson. Col vaginal légèrement porté à droite par une tumeur petite et dure qui occupe le cul-de-sac postéro-latéral gauche. En imprimant au col avec l'index de petits mouvements, on sent que le corps utérin, qui a son volume habituel, est mobile, et manifestement indépendant de la tumeur.

A l'hystéromètre, la cavité utérine mesure six centimètres et demi à 7 centimètres.

Quant à la tumeur, on la perçoit en arrière et à gauche de l'utérus, dure, lisse, glissante et déplaçable, excessivement douloureuse à la pression, donnant presque la sensation de ballottement lorsqu'on lui imprime une petite secousse brusque avec la pulpe de l'index. Son volume paraît être celui d'un gros œuf de poule, appréciation confirmée par le palper combiné au toucher vaginal. La douleur produite par la pression de la tumeur a été constatée pendant l'anesthésie. Ni le doigt, ni même le spéculum n'avaient, en pénétrant dans le vagin, provoqué de mouvements de la part de la malade endormie ; mais, dès que l'index eut atteint la tumeur, la malade avait tressailli et poussé des cris perçants. On eût eu affaire à un névrome que la douleur n'aurait pas été plus vive.

Le toucher rectal ne donne aucun renseignement nouveau.

Le ventre a son développement normal. Ajoutons enfin que tous ces phénomènes douloureux vont sans cesse en augmentant. Dans ces conditions, la malade veut absolument être opérée. L'opération est décidée pour le 24 octobre.

Opération. — Incision abdominale. A l'ouverture du péritoine, les anses intestinales se présentent en masse, faisant hernie ; on les écarte et on va à la recherche de la tumeur qui a été trouvée dure, arrondie, libre de toute adhérence et absolument indépendante de l'utérus. On fait son ablation non sans quelques difficultés. On sectionne le pédicule qui est constitué par l'aileron postérieur du ligament large.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Un

fait à signaler, c'est que les règles survinrent le 3^e jour sans amener le moindre malaise ni aucune complication. La malade se rétablit ensuite complètement et n'éprouva plus aucune souffrance.

La tumeur avait le volume et la forme d'une poire ordinaire. Elle était blanche, ferme, résistante, dense et ne renfermant aucune loge ou cavité ; en un mot, elle offrait absolument tous les caractères macroscopiques des tumeurs fibreuses de l'utérus. On n'a pas pu faire l'examen histologique de la tumeur.

OBSERVATION VII

(Millot-Carpentier, *Union médicale de Paris*, 1890)

Fibrome de l'ovaire

Femme âgée de 37 ans. Pas d'enfant. Elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre depuis quelques années et surtout au moment des règles, souvent fort abondantes. A cause d'un embonpoint excessif, la palpation est fort difficile. On trouve, par le toucher vaginal, l'utérus remonté et un peu mobile, le cul-de-sac postérieur rempli par une tumeur dure et volumineuse que l'on peut déplacer, et cette tumeur prédomine du côté gauche. Par le toucher rectal, le néoplasme est mieux circonscrit et on parvient à le soulever. Les annexes droites sont saines. Il est question d'une tumeur fibreuse peut-être du fond de l'utérus, plus probablement de l'ovaire gauche à cause de la mobilité de l'utérus. Il fallait débarrasser au plus vite cette malheureuse de la gêne et des douleurs atroces que le néoplasme avait fini par provoquer et qui étaient arrivées à un tel point d'intensité,

que cette femme préférait plutôt mourir que de continuer à souffrir. On fait un traitement palliatif sans succès pendant quelque temps.

La dernière menstruation ayant déterminé par son abondance et l'acuité des douleurs abdominales un état inquiétant de la santé de la malade qui, chaque fois, s'affaiblissait de plus en plus, on se décida à l'opérer et on fit l'ablation de la tumeur.

Les premiers 2 ou 3 jours tout marcha à merveille, quand, peu à peu, des douleurs se déclarèrent dans le ventre avec du météorisme. La face se grippa, les extrémités ne tardèrent pas à se refroidir et la malade s'éteignit doucement.

Examen de la tumeur. — Forme sphérique du volume d'une tête d'adulte, dure, bosselée. L'utérus, trouvé sain, était très allongé et déformé, situé au-devant du néoplasme qui avait englobé tout l'ovaire gauche.

A la coupe, on reconnaît le tissu fibreux à ses caractères habituels, tissu extrêmement serré dont les filaments irradiant du centre à la circonférence. A la partie centrale se rencontrent de gros vaisseaux unis au tissu fibreux ambiant à la manière des sinus de la dure-mère.

CONCLUSIONS

I. Les fibromes de l'ovaire sont presque toujours des fibromes purs ou des fibro-myomes. Les fibro myxomes, dont nous publions une observation, sont rares.

II. Au point de vue clinique, on observe le symptôme métrorragie dans 40 % des cas environ.

III. Ces métrorragies sont souvent sous la dépendance des altérations de l'ovaire du côté opposé qui présente presque toujours les lésions de la dégénérescence micro-kystique. Lorsque la tumeur est incluse dans le pelvis, la compression des veines pelviennes détermine de la stase dans l'utérus, des modifications profondes de la muqueuse qui peut prendre, comme dans notre cas, l'aspect angiomateux, et des hémorragies.

IV. Parmi les complications, il faut signaler la torsion du pédicule et aussi l'évolution maligne de ces tumeurs qui peut ne pas être toujours fonction de leur dégénérescence sarcomateuse.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BOURGOIN. — Des tumeurs solides de l'ovaire à évolution lente. Thèse de Paris, 1894.
- CORNIL. — Journal des connaissances médicales, 1893, p. 13.
- DARTIGUES. — Etude des tumeurs solides de l'ovaire. Revue de gynécologie et chirurgie abdominale.
- DELIGNY. — De l'ascite dans les fibromes de l'ovaire. Thèse de Lille, 1898.
- LALLEMAND. — Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire. Thèse de Paris, 1896.
- LÉOPOLD. — Die soliden Eierstocksgeschwülste. Archif. für gyn., 1877, t. VI.
- PICQUÉ. — Des tumeurs solides de l'ovaire. Semaine gynécologique, 1896.
- POZZI. — Traité de gynécologie, 3^e édition, 1897.
- PUECH. — Les fibromes de l'ovaire. Gazette des hôpitaux, 1905.
- ROKITANSKY. — Lehrb. der path. anat., 3^e éd., t. III, p. 423.
- ROUTIER. — Fibromes de l'ovaire. La gynécologie, p. 497, 1901.
- SEGOND. — Traité de chirurgie. Duplay et Reclus, t. VIII.
- SPENCER WELLS. — Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus. Trad. Rodet, Paris, 1883.

SZURMINSKI. — Breslau, Thèse 1872. Uber soliden
Teurslockes tumoren.

TCHAKMAKOFF. — Thèse de Lyon, 1903.

VAUTRIN. — Les fibromes de l'ovaire. Revue de gyné-
cologie, 1909.

ZEMBICKI. — Essai clinique sur les tumeurs solides de
l'ovaire. Thèse de Paris, 1875.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 9 mai 1919.

Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 9 mai 1919.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
